

UNIVERSIDAD DE ALICANTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESTUDIO DE CALIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL ARTIFICIAL EN PACIENTES CRÍTICOS: DÉFICIT CALÓRICO Y COMORBILIDADES

TRABAJO FIN DE MÁSTER

ALBERTO MARTÍ LLORCA

2017

ÍNDICE

Resumen/Abstract.....	pág. 2
Introducción.....	pág. 4
Objetivo e hipótesis.....	pág. 7
Material y métodos.....	pág. 8
Resultados.....	pág. 11
Discusión.....	pág. 14
Conclusión.....	pág. 16
Agradecimientos.....	pág. 18
Bibliografía.....	pág. 19
Anexos.....	pág. 21

RESUMEN

Objetivo

Analizar si se está haciendo un correcto uso de la nutrición enteral completa (NEC) a nivel de requerimientos calóricos en las unidades de cuidados intensivos (UCIs).

Material y métodos

Estudio observacional y prospectivo de 6 meses de duración en las UCIs de un hospital general universitario de tercer nivel. Se incluyen en el estudio los pacientes que ingresen en la UCI y que reciban alimentación a través de nutrición enteral. Se calcularán las calorías administradas diariamente y se compararán con las calorías teóricas que le corresponden al paciente (25Kcal/Kg/día). Se calculará con ello el déficit calórico diario y el acumulado cuando el paciente finalice el estudio. Dicho déficit se clasificará en leve, moderado o severo.

Se estudiará si hay diferencias estadísticamente significativas entre las calorías administradas y las teóricas de cada paciente. Además se analizará si hay relación entre el déficit calórico y la aparición de úlceras por presión (UPP), la muerte y los días de estancia en la unidad.

Resultados

Se incluyen 29 pacientes (72,4% hombres) con una edad media de 71,17 años.

La diferencia media entre las calorías teóricas que le corresponden a cada paciente al día y la media de las calorías diarias administradas durante todo su ingreso es de 930,49 Kcal ($p = 1,34 \cdot 10^{-13}$). El déficit calórico acumulado medio de todos los pacientes es de 8954,5 Kcal, mientras que el déficit calórico medio por día de ingreso es de 741,5 Kcal. Los pacientes que desarrollan úlceras tienen un déficit de 11.259,35 Kcal mientras que la de los que no desarrollan úlceras es de 7545,95 Kcal ($p = 0,098$). La media de déficit acumulado en el grupo de los pacientes que se mueren es de 7008,1 Kcal, mientras que la de que no se mueren es de 9830,36 Kcal ($p = 0,237$). La relación entre el déficit calórico y los días de estancia tiene un valor de $p = 0,001$ y de $R^2 = 33,9\%$.

El 51,7 % de los pacientes sufre un déficit leve, el 27,6% un déficit moderado y un 20,7% un déficit severo.

Conclusiones

Hay una diferencia estadísticamente significativa entre las calorías administradas y las calorías teóricas para cada paciente, siendo inferior la media de las calorías administradas. Sin embargo, la mayoría de los pacientes estudiados sufren un déficit calórico leve. Además, el déficit calórico ocasionado no está relacionado con el desarrollo de UPP, la muerte ni los días de estancia en la unidad.

ABSTRACT

Background

To analyze if there is a correct use of complete enteral nutrition in intensive care units (ICUs) according to patients caloric requirements.

Methods

A 6-month observational and prospective study in the ICUs of a general university hospital of third level. Patients who enter ICU and are fed via enteral nutrition are included in study.

Calories administered daily will be calculated and compared with theoretical calories that correspond to patient (25Kcal / kg / day). With these data, daily and accumulated caloric deficit will be calculated when patient finishes study. This deficit will be classified as mild, moderate or severe.

We will study if there are statistically significant differences between calories administered and theoretical ones of each patient. We will also analyze if there is a relation between caloric deficit and development of pressure ulcer (PU), death and days of stay in clinical unit.

Results

Study included 29 patients (72.4% men) with a mean age of 71.17 years. Average difference between theoretical calories that correspond to each patient per day and average daily calories administered during all their admission is 930.49 Kcal ($p = 1,34 \cdot 10^{-13}$). Average accumulated caloric deficit of all patients is 8954.5 Kcal, while mean caloric deficit per day of income is 741.5 Kcal. Patients who develop ulcers have a deficit of 11,259.35 Kcal while that of those who do not develop ulcers is 7545.95 Kcal ($p = 0.098$).

Mean accumulated deficit in group of patients who die is 7008.1 Kcal, while average of those who do not die is 9830.36 Kcal ($p = 0,237$). The relation between caloric deficit and days of stay has a value of $p = 0.001$ and $R^2 = 33.9\%$.

51.7% of patients had a mild deficit, 27.6% had a moderate deficit, and 20.7% had a severe deficit.

Conclusion

There is a statistically significant difference between calories administered and theoretical calories for each patient, with average of calories administered being lower. However, most of patients studied suffer from a mild caloric deficit. In addition, caloric deficit caused is not related to development of PU, death or days of stay in clinical unit.

INTRODUCCIÓN

La nutrición enteral es una técnica de soporte nutricional que consiste en la administración de nutrientes directamente en el tracto gastrointestinal mediante una sonda. Esta sonda puede ser de varios tipos: nasogástrica, nasoyeyunal, gastrostomía, etc. [1] A través de esta sonda se pueden administrar triturados de alimentos o directamente fórmulas comercializadas que pueden ser normocalóricas/hiperproteicas, hipercalóricas/hiperproteicas, hipocalóricas/hiperproteicas, etc.

Muchos pacientes en las unidades de cuidados intensivos (UCIs) no pueden alimentarse por vía oral ya que pueden estar sedados, intubados, etc. Es por ello que en la mayoría de los casos y siempre que sea posible, se recurre a la llamada nutrición enteral artificial como mecanismo nutritivo.

Hay dos formas de administrar la nutrición enteral, de forma continua o intermitente. La administración de nutrición enteral continua se realiza durante 24 horas a una velocidad constante que se va modificando según las necesidades del paciente. Por otro lado, la administración de nutrición enteral intermitente se realiza en varias tomas al día (entre 5-8 tomas) de un volumen determinado en función de los requerimientos del paciente. Aunque la administración de forma intermitente está considerada más fisiológica, en unidades de pacientes críticos se suele utilizar con mayor frecuencia la forma de administración continua.

Al administrar la nutrición enteral de forma continua, puede que si al paciente se le detiene la administración por algún motivo clínico, por la realización necesaria de alguna prueba, etc. no se le modifique la velocidad de ésta cuando se vuelva a

conectar y por tanto, no se le administre la cantidad necesaria de nutrientes a lo largo del día.

Los pacientes críticos tienen altas demandas metabólicas debido a su estado clínico y por ello son pacientes que tienen una necesidad de aporte calórico-proteico importante. En muchos de estos pacientes este aporte no llega a ser el adecuado debido a causas como: elevados periodos de ayuno, intolerancias digestivas, etc. Es por ello que hablamos de un posible déficit calórico en pacientes críticos, entendido como la diferencia entre las kilocalorías calculadas que debería recibir un paciente y las kilocalorías que realmente se le administran a lo largo de un día.

Algunos estudios hablan de un déficit calórico crítico, cuando esta diferencia es $\geq 480\text{Kcal/día}$ y de déficit calórico no crítico cuando la diferencia entre calculado y aportado es $< 480\text{Kcal/día}$ [2].

Con este parámetro fácilmente calculable nos podemos hacer una idea de si nuestros pacientes están siendo nutridos correctamente o no, y de si las demandas de nutrientes están siendo mayores.

Por norma general, un paciente crítico va a tender hacia un estado de desnutrición permanente debido a sus altas demandas de nutrientes y a su estado de catabolismo continuo, por ello se debe intentar paliar esta situación.

En la actualidad hay una alta incidencia de déficit calórico-proteico en pacientes de las UCIs, con tasas de entre 50-70% [1,3]. En algunos estudios, este déficit se asocia con un aumento en la mortalidad, de la estancia en UCI e incluso de la aparición de úlceras por presión (UPP) [4,5].

La úlcera por presión [5,6] es una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente, generalmente sobre prominencias óseas, provocada por la presión y/o asociada a cizallamiento. Es evitable debido a múltiples protocolos preventivos, pero es todavía prevalente en algunos países. El desarrollo de estas úlceras está relacionado, entre otras cosas, con factores nutricionales.

Según las guías ESPEN [7], este tipo de pacientes deberían recibir unos aportes de energía y de proteínas de entre 20-25 Kcal/Kg/día y entre 1,5-2 g proteína/Kg/día, cosa que a menudo no se consigue sobretodo con la nutrición enteral debido a posibles interrupciones de la misma a lo largo del día.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El principal objetivo de este estudio es analizar si se está haciendo un correcto uso de la nutrición enteral completa (NEC) a nivel de requerimientos calóricos, en las unidades de cuidados intensivos de un hospital general universitario de tercer nivel. Algunos estudios ponen de manifiesto que el uso no es el correcto, ya que hay una importante diferencia entre las calorías teóricas y las realmente administradas [8].

Los objetivos secundarios del estudio son evaluar la magnitud de déficit calórico en los pacientes de las UCIs y estudiar si este posible déficit tiene relación con la estancia en UCI, la aparición de UPP y la muerte.

En cuanto al objetivo principal, nuestra hipótesis según la bibliografía consultada es que no se hace un correcto uso de la NEC en este tipo de unidades a nivel de los requerimientos calóricos necesarios para cada paciente.

Respecto a los objetivos secundarios, nuestras hipótesis son que hay un elevado déficit calórico acumulado en estos pacientes alimentados con este tipo de nutrición a lo largo de su ingreso en estas unidades. Esto puede verse reflejado en una mayor estancia en dichas unidades, mayor aparición de UPP y una mayor mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y prospectivo de aproximadamente 6 meses de duración en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y unidad de cuidados críticos quirúrgicos (UCCQ) que cuentan con 12 y 9 camas de hospitalización, respectivamente.

Se incluirán en el estudio los pacientes que ingresen en estas dos unidades de nuestro hospital, que por su situación clínica reciban alimentación artificial a través de nutrición enteral completa.

Serán excluidos del estudio aquellos pacientes que estén ingresados en la unidad menos de 5 días o se alimenten a través de nutrición enteral un tiempo menor a 5 días.

Además, se considerará que un paciente finaliza el estudio cuando el médico responsable retire la prescripción de nutrición enteral artificial, el paciente reciba el alta en la unidad a otra unidad de hospitalización o el paciente se muera.

Se recogerán los datos antropométricos (edad, sexo, talla, peso). Nutricionalmente se registrarán los días de ayuno desde el ingreso a la unidad y se medirán diariamente las calorías administradas a cada paciente, comparándose con las calorías teóricas que le corresponden a cada uno establecidas previamente (25Kcal/Kg/día).

Esta medición se obtendrá a través del registro de individualizado que cumplimenta rutinariamente el personal de enfermería de la UCI y UCCQ para que quede reflejado en la historia clínica del paciente. Así mismo, se registra la velocidad a la que se está administrando la nutrición enteral continua, el tiempo, interrupciones de la misma y el volumen y tipo de nutrición enteral que se le ha administrado al final de cada día.

Cuando hablemos de déficit calórico en nuestro estudio, lo dividiremos en tres grupos: déficit calórico leve cuando el déficit es menor del 40% de las Kcal necesarias para el paciente, déficit calórico moderado cuando este está entre el 40-60% y déficit calórico severo cuando es mayor de 60%. De esta forma evaluaremos si el grado de déficit calórico es relevante en nuestros objetivos secundarios. Por ello, se calculará el déficit energético diario, y finalmente su acumulado a lo largo de los días que el paciente permanezca en el estudio.

Las variables que se tendrán en cuenta para relacionar con un posible déficit calórico serán los días de estancia en la UCI, la aparición de UPP y la muerte.

Los datos se obtendrán tanto de la historia clínica como a través del programa corporativo GestLab®.

La variable de la aparición de UPP será un parámetro que se recogerá desde la hoja de registro de UPP de enfermería. La inspección de los pacientes para detectar la posible aparición de úlceras se realizará diariamente por personal capacitado para ello. Al ingreso los pacientes serán clasificados como de alto, bajo o moderado riesgo de desarrollar UPP mediante la escala de Braden [9]. Esta escala es un instrumento que está validado para la evaluación de dicho riesgo en pacientes críticos y clasificarlos como pacientes de alto o bajo riesgo de desarrollar este tipo de úlceras.

Al final del estudio se analizará mediante análisis estadístico si hay diferencia entre las calorías calculadas para cada paciente y las realmente administradas cada día.

Se calculará tanto el déficit calórico acumulado a lo largo de su ingreso, como el déficit calórico por día de ingreso del paciente en la unidad, teniendo en cuenta las calorías que aporta el propofol administrado cada día. Posteriormente se estudiará mediante

análisis estadísticos la posible relación entre el déficit calórico y los días de estancia en UCI, aparición de UPP y la mortalidad.

Para ver si hay diferencias entre las calorías teóricas para cada paciente y las realmente administradas se utiliza el análisis estadístico de prueba t para comparación de datos apareados.

Para evaluar si hay diferencias entre el déficit calórico de los grupos con y sin UPP se utilizará el análisis estadístico de prueba t para comparación de medias. El mismo estudio estadístico se realiza para medir si hay diferencias entre los que mueren y los que no.

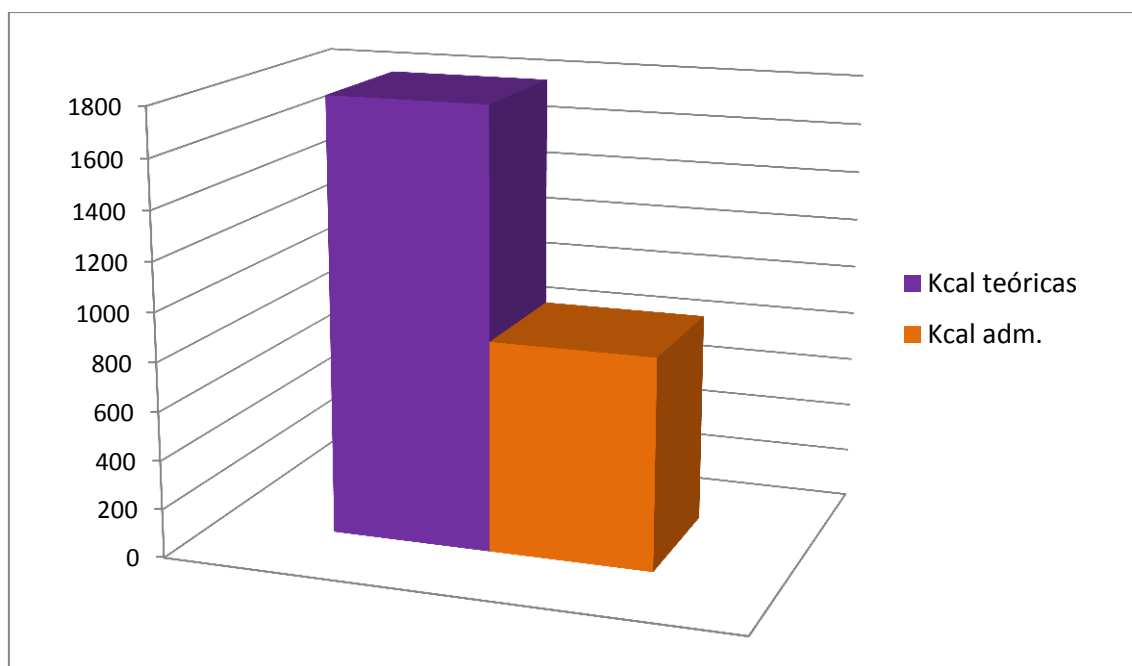
Para medir la relación entre el déficit calórico y los días de estancia en UCI, se utilizará el modelo de regresión lineal simple.

RESULTADOS

Se incluyen en el estudio 29 pacientes (72,4% hombres) con una edad media de 71,17 años, un peso medio de 77,17Kg y una talla media de 1,67m.

La diferencia media entre las calorías teóricas que le corresponden a cada paciente al día y la media de las calorías diarias administradas durante todo su ingreso es de 930,49 Kcal ($p = 1,34 \cdot 10^{-13}$) (Figura 1).

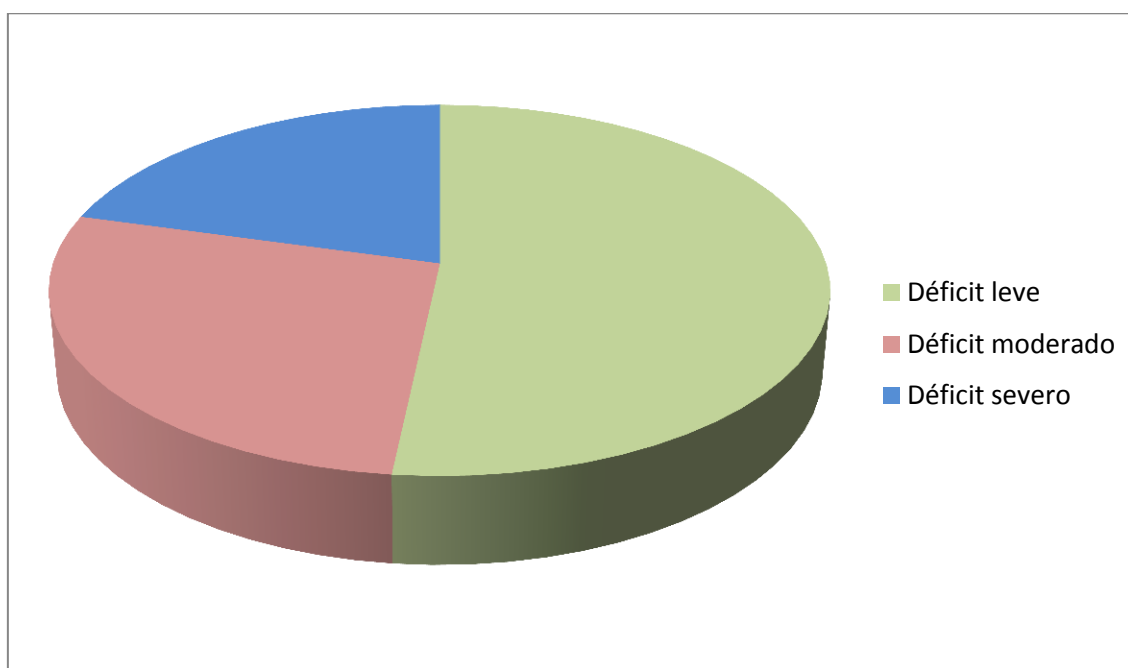
Figura 1. Diferencia de medias de Kcal teóricas y Kcal administradas.



El déficit calórico acumulado medio de todos los pacientes es de 8954,5 Kcal, con un mínimo de déficit de 1329,24 Kcal y un máximo de déficit de 29.303,25 Kcal. Por otro lado, el déficit calórico medio por día de ingreso es de 741,5 Kcal, con un mínimo de 79,56 Kcal y un máximo de 1578,3 Kcal.

De los 29 pacientes, 15 (51,7%) sufrían un déficit calórico leve (<40%), 8 (27,6%) un déficit calórico moderado (40-60%) y 6 (20,7%) un déficit calórico severo (>60%) (Figura 2).

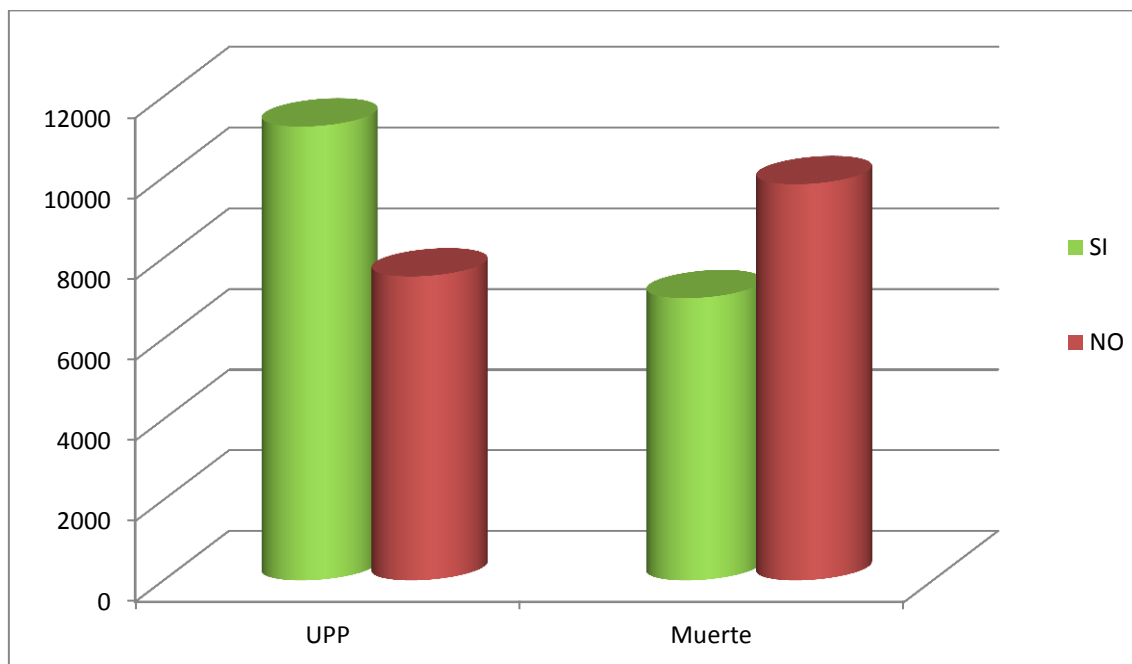
Figura 2. Distribución de los diferentes grados de déficit calórico.



La media de déficit calórico acumulado en el grupo de pacientes que desarrollan UPP es de 11.259,35 Kcal mientras que la de los que no desarrollan úlceras es de 7545,95 Kcal ($p = 0,098$).

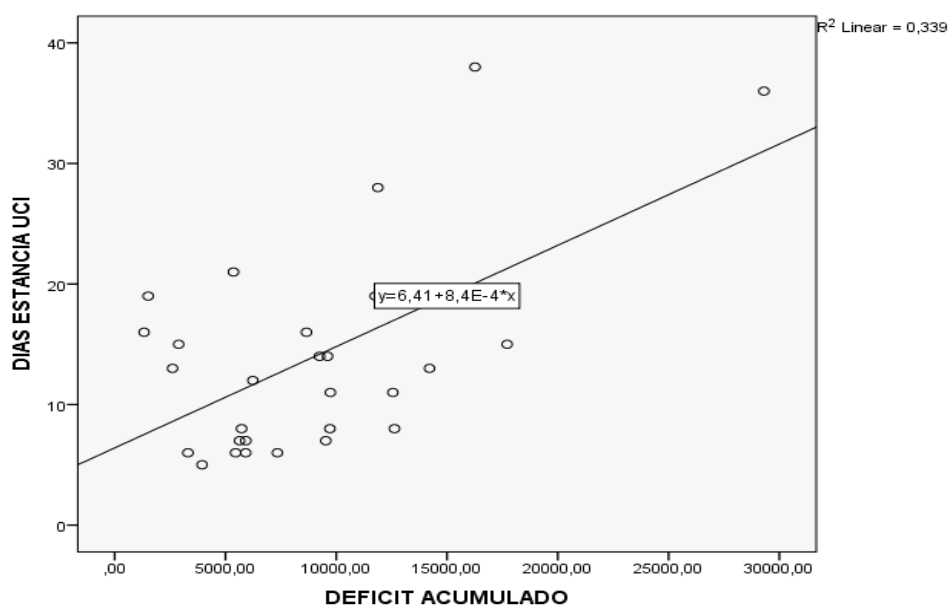
La media de déficit acumulado en el grupo de los pacientes que se mueren es de 7008,1 Kcal, mientras que la de que no se mueren es de 9830,36 Kcal ($p = 0,237$) (Figura 3).

Figura 3. Distribución de la media de déficit calórico acumulado entre los grupos de UPP y muerte.



En cuanto a la regresión lineal entre las variables de déficit acumulado y días de estancia en la unidad (Figura 4) obtenemos una relación con un $p = 0,001$ y un $R^2 = 33,9\%$, con la siguiente ecuación de la recta: $y = 8,4 \cdot 10^{-4}x + 6,41$.

Figura 4. Recta de regresión entre déficit calórico acumulado y días de estancia en la unidad.



DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio en cuanto a lo que el objetivo primario se refiere, muestran que no se hace un correcto uso de la nutrición enteral como único medio de soporte nutricional en los pacientes ingresados en las unidades de UCI y UCCQ del hospital donde se realizó la recogida de los datos. Estos resultados coinciden con lo que dicen algunos estudios [8].

Como podemos observar, hay una clara diferencia entre las calorías que se calculan teóricamente en función del peso del paciente y de lo que dicen las guías de práctica clínica [7], y las calorías realmente administradas. Siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

En cuanto a nuestros objetivos secundarios, tal y como dicen algunos estudios [2], con los resultados obtenidos podemos decir que hay un déficit calórico medio muy elevado ($>700\text{Kcal/día}$ de ingreso) pero que hay mucha variabilidad entre los diferentes pacientes. Además, se puede ver que más de la mitad de los pacientes sufren un déficit calórico leve, pero más de un 20% de los mismos sufren un déficit calórico severo.

Vemos también a través de nuestros resultados que no hay diferencias significativas entre el desarrollo de UPP en función del mayor o menor déficit calórico. Lo mismo ocurre con la variable de mortalidad, es decir, tampoco hay relación estadísticamente significativa entre el déficit calórico y dicha variable.

La falta de significación estadística entre estas dos variables y el déficit calórico que sufren los pacientes. Posiblemente esto sea por una falta de mayor cantidad de muestra, ya que en algunos estudios sí que encuentran relación entre estas variables [2, 10].

En cuanto a los resultados obtenidos del estudio de relación entre el déficit calórico y los días de estancia en la unidad, podemos decir que hay una relación estadísticamente significativa pero con una correlación entre ambas variables no muy elevada. Es decir que no hay una elevada dependencia de una variable sobre la otra. Esto posiblemente también se deba a que nuestra muestra no es demasiado elevada.

CONCLUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos en este trabajo se llega a la conclusión de que no hay una buena utilización de la nutrición enteral completa en los pacientes de las unidades de cuidados intensivos en el hospital donde se recogen los datos. Se puede ver que hay una diferencia considerable entre la práctica clínica habitual y lo que dicen las guías de práctica clínica.

Esta conclusión que sacamos puede ser debida a varias causas, como la situación clínica en la que se encuentra el paciente cada día, las pruebas médicas que se le realizan, etc. Pero también puede ser debida a una falta de experiencia por parte del clínico en el manejo de esta disciplina y a una falta de individualización de la nutrición enteral para cada uno de los pacientes.

Esto nos lleva a preguntarnos qué es lo que no se hace bien para poder corregirlo. Quizás el primer paso sería protocolizar el uso de la nutrición enteral en este tipo de unidades y dar a los clínicos una serie de ideas para mejorar esta disciplina.

Por otro lado, podemos concluir que este déficit calórico continuado generado en los pacientes ingresados en estas unidades, es un déficit calórico leve en la mayoría de los ellos pero que hay una porción considerable de pacientes que sufren déficits severos que hay reducir.

No se puede concluir que estos déficits calóricos acumulados en los sujetos puedan tener una influencia sobre situaciones clínicas como la aparición de UPP o la muerte. Tampoco se puede concluir que un mayor déficit calórico acumulado esté relacionado con una mayor estancia en las unidades de cuidados intensivos. Posiblemente no se

puedan sacar estas conclusiones por falta de muestra en nuestro estudio, ya que algunos trabajos con más muestra sí encuentran relación entre estas variables.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría aprovechar este apartado para agradecer a todas aquellas personas que forman parte de este trabajo.

Quería agradecer al Dr. Pepe Verdú y a la Dra. M^a Carmen Ballesta profesores de la Universidad de Alicante y directores de este Trabajo Fin de Máster, por su dedicación y gran ayuda a lo largo de todo este tiempo.

De la misma forma me gustaría agradecer todo su apoyo a la Dña. Ana Murcia, farmacéutica especialista en farmacia hospitalaria. Gracias a su colaboración se han podido recoger los datos necesarios para el estudio. Agradecer también a todo el servicio de farmacia del hospital general de Elche por su involucración en este trabajo.

También quiero agradecer a todo el personal de los servicios de cuidados intensivos del hospital donde se ha realizado el estudio, por su colaboración en todo momento y su interés por el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosa A. Lama More; Nutricion enteral. Hospital infantil universitario La Paz.
2. Marcia Carolina Siqueira-Paese, Diana Borges Dock-Nascimento and Jose Eduardo de Aguilar-Nascimento. *Critical energy deficit and mortality in critically ill patients*. Nutr Hosp. 2016; 33(3):522-527.
3. Lee-anne S. Chapple Marianne J. Chapman Kylie Lange Adam M. Deane and Daren K. Heyland. *Nutrition support practices in critically ill head-injured patients: a global perspective*. Chapple et al. Critical Care (2016) 20:6 DOI 10.1186/s13054-015-1177-1.
4. Jill Cox. *Enteral Nutrition in the Prevention and Treatment of Pressure Ulcers in Adult Critical Care Patients*. CriticalCareNurseVol 34, No. 6, DECEMBER 2014.
5. Ana Carolina Oliveira Costa, Claudia Porto Sabino Pinho², Alyne Dayana Almeida dos Santos y Alexsandra Camila Santos do Nascimento. *Úlcera por presion: incidencia y factores demograficos, clinicos y nutricionales asociados en pacientes de una unidad de cuidados intensivos*. NutrHosp. 2015;32(5):2242-2252.
6. Claudia Arango Salazar; Olga Fernández Duque; Blanca Torres Moreno. *Úlceras por presión*. Tratado de geriatría para residentes, capítulo 21 (217-226).
7. Kreymann K.G.; Berger M.M.; Deutz N.E.P.; Hiesmayr M.; Jolliet P.; Kazandjiev G.; Nitenberg G.; van den Berghe G.; Wernerman J. *ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive Care*. Clinical Nutrition (2006) 25, 210-223.

8. Santana-Cabrera L., O'Shanahan-Navarro G., García-Martul M., Ramírez Rodríguez A., Sánchez-Palacios M. y Hernández-Medina E. *Calidad del soporte nutricional artificial en una unidad de cuidados intensivos*. Nutr Hosp. 2006;21(6):661-666.
9. Serpa L.F.; Conceição de Gouveia Santos V.L.; Gonçalves Faustino Campanili T.C.; Queiroz M. *Validez predictiva de la escala de Braden para el riesgo de desarrollo de úlcera por presión, en pacientes críticos*. Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(1):[08 pantallas]. Jan-feb. 2011.
10. De Luis D., Aller R. *Revisión sistemática del soporte nutricional en las úlceras por presión*. Anales de Medicina Interna [0212-7199 (2007) 24: 7; pp 342-345].

ANEXOS

Tabla de recogida de datos:

CAMA: PESO:	NHC: TALLA:	DIAGNÓSTICO:		
DÍA	TIPO DE NE	VOLUMEN DE NE	VOLUMEN DE PROPOFOL	OBSERVACIONES

Excel de recogida de datos:

NHC		KCAL IN*	KCAL TEORICAS DIA	VEL PAUTADA	VOL TEORICO	HORAS DEBITO	VOL ADM	KCAL ADM	DEFICIT DIARIO NE	ML PROPOFOL OBS		
273818	DIABA	1	1875	27/03/2017	0	0	0	0	0	1875	0	DIETA ABSOLUTA HASTA NE
	DIABA	1	1875	28/03/2017	21	357	1	330	330	1545	0	18H CON NE (EMPIEZA A 14H)
75KG	DIABA	1	1875	29/03/2017	21	441	3	418	418	1457	178	
p ajustado	DIABA	1	1875	30/03/2017	42	777	5	796	796	1079	137	FIBROBRONCOSCOPIA Y CARDIOVERSION
	DIABA	1	1875	31/03/2017	63	1302	2	1255	1255	620	184	
UCI09	DIABA	1	1875	01/04/2017	63	1386	2	1419	1419	456	163	KCAL PROPOFOL
	DIABA	1	1875	02/04/2017	63	1323	3	1224	1224	651	265	1366,2
	DIABA	1	1875	03/04/2017	63	1386	2	1490	1490	385	320	
	DIABA	1	1875	04/04/2017	63	1386	2	1426	1426	449	37	
	DIABA	1	1875	05/04/2017	63	1386	2	1295	1295	580	143	ULCERA EN BOCA
	DIABA	1	1875	06/04/2017	63	1260	4	1250	1250	625	0	
	DIABA	1	1875	07/04/2017	63	1386	2	1350	1350	525	21	
	DIABA	1	1875	08/04/2017	63	1260	4	1250	1250	625	10	
	DIABA	1	1875	09/04/2017	63	1260	4	1030	1030	845	0	SE SUSPENDE POR ORDEN MEDICA UNAS HORAS
	DIABA	1	1875	10/04/2017	63	1260	4	1030	1030	845	0	SUSPENDEN TH POR EXTUBACIÓN Y HECES ABUNDANTES (REINICIAN
	DIABA	1	0	11/04/2017	0	0	0	0	0	0	0	EMPIEZA A COMER
		0	0									
							TOTAL DEFICIT		11875,8			
								TOTAL PROPOFOL		1518		